

**Hospital Fernando da Fonseca**  
**Formação em codificação clínica**  
**Discussão temática – 21/5/2009**

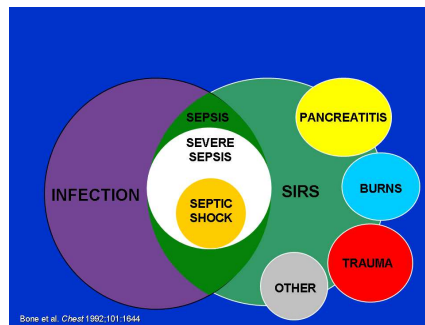
Coding professionals should not change codes or the narratives of codes on the billing abstract so that meanings are misrepresented. Diagnoses or procedures should not be inappropriately included or excluded because payment or insurance policy coverage requirements will be affected. When individual payer policies conflict with official coding rules and guidelines, these policies should be obtained in writing whenever possible. Reasonable efforts should be made to educate the payer on proper coding practices in order to influence a change in the payer's policy

**STANDARDS OF ETHICAL CODING of the American Health Information Management Association**

The instructions in the ICD-9-CM always take precedence over the guidelines. The guidelines will be updated to reflect the instructions in the manual.

**Coding Clinic, Second Quarter 2007 Page: 13-15**

## 1. Choque séptico (785.52 *Septic Shock*)



Choque séptico é a hipotensão induzida pela sépsis, com valores da pressão sistólica inferiores a 90 mm Hg ou uma redução de 40 mm Hg da linha de base, independentemente da ressuscitação com os fluidos adequados, juntamente com a presença de alterações da perfusão que podem incluir, mas que não se limitam à, acidose láctica e a uma alteração do estado da consciência.

É uma condição da **sépsis severa** em que os doentes apresentam diminuição da resistência vascular sistémica e redução da capacidade do miocárdio

Bone et al in Chest 1992; 101:1644-55

- codifica-se através da entrada **Shock / septic** no código **785.52**, um código de *manifestação*: é necessário codificar primeiro o **síndrome da resposta inflamatória sistémica (SIRS)** devido a **processo infeccioso (“séptico”)** com **disfunção orgânica (“choque”)** **995.92**, de acordo com a nota existente na lista tabular;

(038.9) Código da infecção sistémica  
995.92 Sépsis severa  
785.52 Choque séptico  
xxx.xx Códigos das disfunções orgânicas agudas

ICD-9-CM Official Guidelines for Coding and Reporting: Septic Shock

## Sépsis, septicemia e SIRS: conceitos e codificação

Conceito	Descrição	Codificação
<b>Septicemia</b>	Doença sistêmica devida à presença de microrganismos ou de toxinas no sangue	Exemplo: Septicemia estreptocócica: 038.0
<b>SIRS</b>	Resposta sistêmica a uma agressão: infecção, trauma, queimaduras, cancro ... Manifesta-se por febre, taquicardia, taquipneia, leucocitose	<b>Código da causa</b> (infecção, trauma, ...) <b>Código SIRS 995.9x</b>  NB: 995.9x nunca pode ser diagnóstico principal
<b>Sépsis</b>	SIRS devido à infecção	<b>Código da infecção sistêmica</b> (038.xx, 112.5, ...) <b>Código da sépsis 995.91</b> <b>Código da(s) infecção(ões) localizadas</b> (486, 682.x ...)  Exemplo: Sépsis estreptocócica: 038.0 + 995.91
<b>Sépsis severa</b>	Sépsis com disfunção orgânica aguda associada	<b>Código da infecção sistêmica</b> (... 038.9 se não especificada) <b>Código da sépsis severa 995.92</b> <b>Códigos das disfunções orgânicas</b> <b>Código da(s) infecção(ões) localizadas</b> (486, 682.x ...)
<b>Choque séptico</b>	Insuficiência circulatória associada com a sépsis severa  NB: choque séptico implica sépsis severa	<b>Código da infecção sistêmica</b> (... 038.9 se não especificada) <b>Código da sépsis severa 995.92</b> <b>Código do choque séptico 785.52</b> <b>Códigos de outras disfunções orgânicas</b> <b>Código da(s) infecção(ões) localizadas</b> (486, 682.x ...)
Urossépsis	(termo inespecífico)	<b>Código de infecção urinária 599.0</b> <b>Código do microrganismo</b>
<b>Sépsis por infecção de CVC</b>	Sépsis sucedente a infecção de catéter venoso central	<b>Código da infecção devida a acesso vascular</b> (996.62) <b>Código da infecção sistêmica</b> (038.xx, 112.5, ...) <b>Código da sépsis 995.91</b> ou da <b>sépsis severa 995.92</b> <b>Códigos de eventuais disfunções orgânicas (sépsis severa)</b>
<b>Sépsis por infecção pós-op.</b>	Sépsis sucedendo a uma infecção pós-operatória	<b>Código de infecção pós-operatória</b> (998.59, 674.3x) <b>Código da infecção sistêmica</b> (...) <b>Código da sépsis 995.91</b> ou da <b>sépsis severa 995.92</b> <b>Códigos de eventuais disfunções orgânicas (sépsis severa)</b>
<b>Sépsis por trauma ou queimadura</b>	Sépsis sucedendo a um processo não infeccioso	<b>Código do processo não infeccioso</b> (queimadura...) <b>Código da infecção sistêmica</b> (...) <b>Código da sépsis 995.91</b> ou da <b>sépsis severa 995.92</b> <b>Códigos de eventuais disfunções orgânicas (sépsis severa)</b>

## 2. Códigos de combinação para HTA, Insuficiência renal e Diabetes

Assign codes from category 403, Hypertensive chronic kidney disease, when conditions classified to category 585 are present. Unlike hypertension with heart disease, ICD-9-CM presumes a cause-and-effect relationship and classifies chronic kidney disease (CKD) with hypertension as hypertensive chronic kidney disease.

**ICD-9-CM Official Guidelines for Coding and Reporting: Hypertensive Chronic Kidney Disease**

- a norma anterior só não se aplica quando houver especificação da etiologia da insuficiência renal (doença renal poliquística autossômica dominante, por exemplo);
- caso especial de nefropatia diabética em doente com hipertensão:

### Sequenciação dos códigos

250.4x Diabetes com manifestações renais  
403.9x Doença renal hipertensiva  
585.x Insuficiência renal crónica

**Renal failure due to diabetic nephropathy in patient w/hypertension. Coding Clinic, First Quarter 2003 p. 20-21**

- os quintos dígitos dos códigos da doença renal hipertensiva devem estar em concordância com o estadió da doença renal crónica:

<b>Doença renal crónica hipertensiva</b>	<b>Doença renal crónica</b>
<b>403.x0</b> com doença renal crónica estadió I a IV ou não especificado	<b>585.1</b> estadió I <b>585.2</b> estadió II (ligeira) <b>585.3</b> estadió III (moderada) <b>585.4</b> estadió IV (severa) <b>585.9</b> não especificada
<b>403.x1</b> com doença renal crónica estadió V ou terminal	<b>585.5</b> estadió V <b>585.6</b> terminal

### 3. Insuficiência renal e insuficiência renal com sobrecarga hídrica

- “Insuficiência renal” codifica-se 593.9;
- “insuficiência renal crónica” codifica-se 585.9;
- se a sobrecarga hídrica for devida à insuficiência renal (como, por exemplo, por falta de comparência às sessões de hemodiálise, mesmo num doente com insuficiência cardíaca não descompensada) a sobrecarga hídrica poderá ser o diagnóstico principal:

#### Sequenciação dos códigos

276.6 Sobrecarga de fluidos  
428.0 Insuficiência cardíaca congestiva  
585.x Insuficiência renal crónica  
V45.1 Status de diálise renal  
V15.81 Não conformidade com o tratamento médico

Coding Clinic, Third Quarter 2007 Page: 11

### 4. Síndrome coronário agudo e cardiopatia isquémica

- “Síndrome coronário agudo” codificava-se, Segundo o Coding Clinic, em 411.89 Acute and subacute forms of ischemic heart disease, other; a partir de Outubro de 2002 passou a classificar-se no código 411.1 Intermediate coronary syndrome;
- “Cardiopatia isquémica” é uma designação muito inespecífica que se classifica em 414.9 (**Cardiopathy** – *see also* Disease, heart; **Disease** / heart / ischemic 414.9);
- A cardiopatia isquémica será, muito provavelmente, uma doença (aterosclerótica) coronária. Se o síndrome coronário agudo não se acompanhar de enfarte classifica-se em 411.89; se evoluir para enfarte terá de se codificar como tal. E, nesse caso, só se codifica 410.xx (Coding Clinic, Third Quarter 2001 Page: 14)

#### verificar sequenciação síndrome coronário intermediário vs aterosclerose coronária [863]

no registo em análise coexistem os códigos de síndrome coronário intermediário, 411.1, e de aterosclerose coronária, 414.xx, não sendo este último o diagnóstico principal como seria de esperar

Sequencing of angina and coronary artery disease – guidelines. Coding Clinic 5<sup>th</sup> issue 1993, p.17-24

## 5. Cateterismo cardíaco

- a CID-9-MC prevê códigos distintos para os cateterismos cardíacos direito, esquerdo e combinado, mas nem sempre aparece registada no processo clínico esta especificação, para além do local da picada (região inguinal) onde correm tanto a artéria femoral (cateterismo esquerdo) como a veia femoral (cateterismo direito);
- Apesar da CID-9-MC prever por defeito (provavelmente por razões históricas) o cateterismo direito (Catheterization / heart (right) 37.21), o cateterismo mais comum é, de longe, o esquerdo; realiza-se através duma artéria periférica (por exemplo, femoral) e só raramente se acompanha dum cateterismo direito; enquanto o cateterismo duma artéria do braço (mais raro) utiliza um cateter, o cateterismo da artéria femoral utiliza quase sempre dois ou mais catéteres;
- Pode ser acompanhado de ventriculografia, aortografia e coronariografia (quase sempre), as quais também devem ser codificadas;
- É o cateterismo esquerdo que permite realizar uma intervenção coronária através do uso de introdutores, com os quais se podem dilatar estenoses realizando angioplastias e introduzindo stents diluidores de fármacos (Cypher, rapamicina, sirolimus, Xience, Endeavour, Coroflex please, Taxus);
- Podem ainda utilizar-se outros fármacos como o ReoPro ® (inibidor de glicoproteína) e o Integrilim;
- O cateterismo direito é, então, mais raro, diagnóstico, e realiza-se, por exemplo, na caracterização de doenças valvulares; utiliza um catéter terminado por um balão de ar;
- Para além da picada da artéria (cateterismo esquerdo) ou da veia (cateterismo direito) do relatório de cateterismo podemos retirar outras informações: o registo de pressões da aorta, do ventrículo esquerdo e da aurícula esquerda bem como o “encerramento arterial” implicam um cateterismo esquerdo, o mais comum;
- E o registo de pressões da artéria pulmonar, do ventrículo direito e da aurícula direita e a utilização da veia femoral implicam um cateterismo direito;

Angioplastias e stents coronários			
Abordagem	percutânea	00.66 (PTCA)	
	a céu aberto	36.03	
códigos adjuntos	nº vasos tratados	00.40 (um)	00.42 (três)
		00.41 (dois)	00.43 (quatro ou +)
	nº de stents	00.45 (um)	00.47 (três)
		00.46 (dois)	00.48 (quatro ou +)
	topografia	00.44 (bifurcação)	
	revestimento dos stents	36.06 (não diluidores)	36.07 (diluidores)
	infusão intra-coronária	36.04 (trombolítico)	
	perfusão ou injeção	99.10 (ag. trombolítico)	99.20 (inib. plaquetário)
		99.19 (anticoagulante)	

## 6. AVC e codificação dos défices decorrentes do AVC no episódio agudo

- AVC, Acidente Vascular Cerebral: síndrome neurológica de causa vascular, de instalação rápida, com sinais e sintomas focais, e que dura mais de 24h;
- Classificar de acordo com a etiologia: hemorrágico (430., 431., 432.), pré-cerebral (433.), trombótico (434.01), embólico (434.11), ou mesmo não especificado: **Accident** / cerebrovascular (current) (CVA) → **434.91 Cerebral artery occlusion, unspecified**; o AVC isquémico também se codifica em 434.91;
- Esta mudança da codificação do “AVC”, da categoria 436. para a subcategoria 434.91, aconteceu na ICD-9-CM em Outubro de 2004 e a correspondente instrução está no Coding Clinic, 4<sup>th</sup> Quarter 2004 p.77-78;
- Os défices neurológicos codificam-se como **agudos** (por exemplo, 342.xx hemiplegia) se estiverem presentes à data de alta;
- Codificam-se como **efeitos tardios** (por exemplo 438.1x, défices da linguagem) nos internamentos subsequentes; (Coding Clinic, Third Quarter 2006 Pages: 3-4)
- Num mesmo internamento o doente pode ter efeitos tardios de AVCs anteriores (438.xx) e efeitos agudos dum AVC actual (430-437) (ICD-9-CM Official Guidelines for Coding and Reporting);
- Os défices dum AIT não se codificam;

## 7. Traumatismo crânio-encefálico versus contusão cerebral

- “traumatismo crânio-encefálico” codifica-se 854.00: **Injury** / cranial / cavity; é uma designação imprecisa: deverá especificar-se fractura, hemorragia, contusão, laceração, etc.
- “contusão cerebral” é uma condição especificada (é necessário que a registe como tal no processo clínico) ou seja, uma lesão traumática do cérebro que se codifica em 851.4x – 851.9x se não for acompanhada de fractura do crânio;
- a contusão pode ser acompanhada de hemorragia (**Contusion** / brain (with hemorrhage)) sem alteração do código; mas poderá ser aceitável que a hemorragia numa contusão hemorrágica que justifique uma cirurgia de drenagem se codifique adicionalmente (**Hemorrhage** / brain / traumatic 853.xx)

## 8. SIDA, como diagnóstico principal e secundário

- Codifica-se com V08. um doente com infecção assintomática pelo VIH;
- Sempre que a infecção VIH se acompanhe duma doença definidora de SIDA usa-se 042.;
- Um doente previamente classificado com 042. SIDA, nunca mais se codifica com V08;
- A SIDA é o diagnóstico principal sempre que o doente seja internado por uma condição relacionada com o VIH (ICD-9-CM Official Guidelines for Coding and Reporting); e é diagnóstico adicional quando o doente é admitido por outras condições (um traumatismo, por exemplo);
- No caso da obstetrícia os códigos do capítulo 11 (630-679) têm prioridade sobre os da SIDA; se a grávida for internada por uma condição relacionada com a SIDA o diagnóstico principal será 647.6x; e 042. será adicional (ICD-9-CM Official Guidelines for Coding and Reporting);
- Grávidas com infecção assintomática pelo VIH recebem os códigos 647.6x e V08.;

### Doenças definidoras de SIDA

Candidiasis of bronchi, trachea, or lungs  
Candidiasis, esophageal  
Cervical cancer, invasive \*  
Coccidioidomycosis, disseminated or extrapulmonary  
Cryptococcosis, extrapulmonary  
Cryptosporidiosis, chronic intestinal (greater than 1 month's duration)  
Cytomegalovirus disease (other than liver, spleen, or nodes)  
Cytomegalovirus retinitis (with loss of vision)  
Encephalopathy, HIV-related  
Herpes simplex: chronic ulcer(s) (greater than 1 month's duration); or  
bronchitis, pneumonitis, or esophagitis  
Histoplasmosis, disseminated or extrapulmonary  
Isosporiasis, chronic intestinal (greater than 1 month's duration)  
Kaposi's sarcoma  
Lymphoma, Burkitt's (or equivalent term)  
Lymphoma, immunoblastic (or equivalent term)  
Lymphoma, primary, of brain  
Mycobacterium avium complex or M. kansasii, disseminated or  
extrapulmonary  
Mycobacterium tuberculosis, any site (pulmonary \* or extrapulmonary)  
Mycobacterium, other species or unidentified species, disseminated or  
extrapulmonary  
Pneumocystis carinii pneumonia  
Pneumonia, recurrent \*  
Progressive multifocal leukoencephalopathy  
Salmonella septicemia, recurrent  
Toxoplasmosis of brain  
Wasting syndrome due to HIV

\* requires laboratory confirmation of HIV infection

1993 Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case  
Definition for AIDS Among Adolescents and Adults (CDC)

## 9. Sequenciação dos códigos de gravidez

- Nos episódios de internamento em que haja lugar a códigos do capítulo 11 da obstetrícia (630-679) o código da gravidez é obrigatoriamente diagnóstico principal;

“Should the provider document that the pregnancy is incidental to the encounter, then code V22.2 should be used in place of any chapter 11 codes. **It is the provider’s responsibility to state that the condition being treated is not affecting the pregnancy**”

**ICD-9-CM Official Guidelines for Coding and Reporting**

- Se não houver parto, o diagnóstico principal deve ser a principal complicação da gravidez que originou o internamento;
- Quando houver parto, o diagnóstico principal deve corresponder à circunstância principal ou à complicação do parto; se o parto for por cesariana a selecção do DP deve corresponder à razão pela qual a cesariana foi realizada a não ser que a razão para o internamento não tenha sido relacionada com a condição que resultou no parto por cesariana: por exemplo, numa grávida internada por pré-eclâmpsia em que a cesariana foi por causa de má apresentação, o DP será a pré-eclâmpsia e a má apresentação um diagnóstico adicional;

## 10. Cirurgia laparoscópica

- Têm sido criados cada vez mais códigos para as cirurgias laparoscópicas:

### Cirurgia laparoscópica

- 17.1 Reparação laparoscópica unilateral de hérnia inguinal
- 17.11 Reparação laparoscópica unilateral de hérnia inguinal directa com enxerto ou prótese
- 17.12 Reparação laparoscópica unilateral de hérnia inguinal indirecta com enxerto ou prótese
- 17.13 Reparação laparoscópica unilateral de hérnia inguinal não especificada com enxerto ou prótese
- 17.2 Reparação laparoscópica bilateral de hérnia inguinal
- 17.21 Reparação laparoscópica bilateral de hérnia inguinal directa com enxerto ou prótese
- 17.22 Reparação laparoscópica bilateral de hérnia inguinal indirecta com enxerto ou prótese
- 17.23 Reparação laparoscópica bilateral hérnia inguinal, uma directa e outra indirecta c/enxerto ou prótes
- 17.24 Reparação laparoscópica bilateral de hérnia inguinal não especificada com enxerto ou prótese
- 17.3 Excisão laparoscópica parcial de intestino grosso
- 17.31 Ressecção laparoscópica de múltiplos segmentos de intestino grosso
- 17.32 Cecotomia laparoscópica
- 17.33 Hemicolectomia direita laparoscópica
- 17.34 Ressecção laparoscópica do colon transversa
- 17.35 Hemicolectomia esquerda laparoscópica
- 17.36 Sigmoidectomia laparoscópica
- 17.39 Excisão laparoscópica parcial de intestino grosso, não classificável em outra parte
- 17.42 Procedimento laparoscópico assistido por robô
- 44.38 Gastro-enterostomia laparoscópica
- 44.67 Procedimentos laparoscópicos para a criação de competência do esfíncter esofago-gástrico
- 44.68 Gastroplastia laparoscópica
- 44.95 Procedimento restritivo gástrico laparoscópico
- 44.96 Revisão laparoscópica de procedimento restritivo gástrico
- 44.97 Remoção laparoscópica de dispositivo(s) restritivo(s) gástrico(s)
- 44.98 Ajuste (laparoscópico) to tamanho dum dispositivo restritivo gástrico ajustável
- 45.81 Colecistomia total intra-abdominal laparoscópica
- 47.01 Apendicectomia laparoscópica
- 47.11 Apendicectomia incidental laparoscópica
- 48.42 Ressecção "pull through" do recto, laparoscópica
- 48.51 Ressecção abdomino-perineal do recto, laparoscópica
- 50.14 Biópsia laparoscópica do fígado
- 50.25 Ablação laparoscópica de lesão ou tecido do fígado
- 51.23 Colecistectomia laparoscópica
- 51.24 Colecistectomia parcial laparoscópica
- 53.42 Reparação laparoscópica de hérnia umbilical com enxerto ou prótese
- 53.43 Reparação laparoscópica de hérnia umbilical, não classificável em outra parte
- 53.62 Reparação laparoscópica de hérnia incisional com enxerto ou prótese
- 53.63 Reparaçã laparoscópica NCOP de hérnia NCOP da parede abdominal anterior com enxerto ou prótese
- 53.71 Reparação laparoscópica de hérnia diafragmática, via abdominal
- 53.83 Reparação laparoscópica de hérnia diafragmática, com abordagem torácica
- 54.21 Laparoscopia
- 54.51 Lise de aderências peritoneais por laparoscopia
- 55.34 Ablação laparoscópica de lesão ou tecido renal

59.03 Lise de aderências peri-renais ou peri-ureterais por laparoscop.  
 59.12 Lise de aderências peri-vesicais por laparoscopia  
 65.01 Ooforotomia laparoscópica  
 65.13 Biópsia laparoscópica do ovário  
 65.14 Procedimento laparoscópico diagnóstico NCOP no ovário  
 65.23 Marsupialização de cisto ovárico por laparoscopia  
 65.24 Ressecção em cunha do ovário por laparoscopia  
 65.25 Excisão ou destruição laparoscópica de lesão ou tecido do ovário  
 65.31 Ooforectomia laparoscópica unilateral  
 65.41 Salpingo-ooforectomia laparoscópica unilateral  
 65.53 Remoção laparoscópica de ambos os ovários no mesmo acto cirurgic  
 65.54 Remoção laparoscópica de ovário restante  
 65.63 Remoção laparoscópica de ambos os ovários e trompas de Falópio no mesmo  
 acto operatório  
 65.64 Remoção laparoscópica de ovário e trompa restantes  
 65.74 Sutura laparoscópica simples do ovário  
 65.75 Reimplantação laparoscópica do ovário  
 65.76 Salpingo-ooforoplastia laparoscópica  
 65.81 Libertação laparoscópica de aderências do ovário/trompa Falópio  
 68.31 Histerectomia supracervical laparoscópica  
 68.41 Histerectomia abdominal total laparoscopia  
 68.51 Histerectomia vaginal assistida por laparoscopia  
 68.61 Histerectomia abdominal radical laparoscópica  
 68.71 Histerectomia vaginal radical laparoscópica

- Quando não existir um código para uma cirurgia laparoscópica deve codificar-se essa cirurgia como aberta, utilizando o índice alfabético; o código da laparoscopia não deve ser utilizado como adicional!

"Therefore, until specific codes for the  
 laparoscopic approach are created, the current  
 code for the procedure as indexed in ICD-9-CM  
 must be applied; this traditionally may be an open  
 procedure."

Coding Clinic, Third Quarter 1998 Page: 10

## 11. Biopsia da mama estereotóxica/marcação com arpão

- Todas as biopsias mamária não abertas (percutâneas, por agulha, estereotáticas...) são classificadas no mesmo código **85.11 Closed [percutaneous] [needle] biopsy of breast**;
- Não há código para classificar cirurgias estereotáticas, apenas para a medicina nuclear (92.3x radiocirurgia estereotática);
- A marcação com arpão e a injeção de azul patente são técnicas diagnósticas que se podem classificar em **85.13 Other diagnostic procedures on breast**, para além de qualquer procedimento radiológico ou ecográfico;

## 12. Exame extemporâneo

- O exame extemporâneo é apenas uma circunstância temporal do exame anátomo-patológico das peças operatórias, o qual se classifica em 90.x9 e 91.x9;
- Os exames microscópicos não são de codificação obrigatória (salvo definição interna do hospital) mas nunca deverão tirar o lugar aos códigos dos procedimentos de **biopsia** ou de **exérese**!

## 13. Valorização da anatomia patológica

### B. Abnormal findings

Abnormal findings (laboratory, x-ray, **pathologic**, and other diagnostic results) are not coded and reported unless the provider indicates their clinical significance. If the findings are outside the normal range and the attending provider has ordered other tests to evaluate the condition or prescribed treatment, it is appropriate to ask the provider whether the abnormal finding should be added.

**ICD-9-CM Official Guidelines for Coding and Reporting**

For inpatient coding, if the attending physician does not confirm the pathological findings, query the attending physician regarding the clinical significance of the findings and request that appropriate documentation be provided. Refer to the Official Guidelines for Coding and Reporting, Section III B, Abnormal Findings, for additional information.

**Coding Clinic, Second Quarter 2002 Page: 18**

Although the pathologist provides a written interpretation of a tissue biopsy, this is not equivalent to the attending physician's **medical diagnosis based on the patient's complete clinical picture**. The attending physician is responsible for and directly involved in the care and treatment of the patient. This advice is consistent with information regarding appropriateness of code assignments based on documentation by a physician other than the attending physician, since a pathologist's interpretation of a specimen is not the same as a diagnosis provided by a physician directly involved in the care and treatment of the patient. **If the attending physician documented "breast mass" and the pathologist documented "carcinoma of the breast," this would be conflicting information requiring clarification from the attending physician.**

**Coding Clinic, First Quarter 2004 Page: 20 to 21**

"Yes, it is appropriate to consider the diagnostic statement on the autopsy report to provide greater detail or specificity. Coding is based on physician documentation. **The pathologist is a physician**. However, if there is conflicting information in the record, or if the autopsy report includes a condition not mentioned anywhere else on the record, query the attending physician for clarification and to determine whether the diagnosis should be included in the final diagnostic statement."

**Coding Clinic, First Quarter 2001 Page: 5 to 6**

## 14. Transferência de outro hospital

**só aftercare** (cuidados posteriores) sem complicações

→ codificar Aftercare, V54.x, V58.x, como Diagnóstico Principal

**aftercare e complicações** que justificam o prolongar do internamento

→ codificar as complicações como Diagnóstico Principal

**aftercare** de algumas lesões, e coexistência de **outras lesões não tratadas**

→ codificar as lesões não tratadas como Diagnóstico Principal

- As transferências entre hospitais levantam o problema da selecção do diagnóstico principal no hospital que recebe o doente transferido;
- Só devem codificar-se como activos os diagnósticos que não tiverem sido tratados, em especial aqueles que forem objecto de cirurgia;
- Há que distinguir claramente entre lesões (fracturas) agudas recebendo cuidados activos (tratamento cirúrgico, avaliação na urgência, avaliação ou tratamento por um novo médico) e lesões (fracturas) apenas em “cuidados posteriores”;
- Há lesões cujo “tratamento” é evidente: drenagem de hematomas, redução de fracturas, sutura de feridas, ressecção de tumores, reparação de hérnias... cujo diagnóstico não se codificará no hospital de destino;
- Outras lesões não têm “tratamento” definitivo: contusão cerebral, fractura de costelas, ... e poderão codificar-se no hospital de destino se a transferência acontecer “precocemente” sem ter havido tempo para a “cura”;
- A regra da portaria de “O hospital que recebe o doente transferido, para continuidade de prestação de cuidados, factura o GDH 465, 466, 635, 636 ou 754, de acordo com a codificação do episódio” não é suficiente para que não se codifique o episódio de acordo com as normas aplicáveis;

## 15. Codificação das comorbilidades nas cirurgias de ambulatório e internamentos curtos (cirurgias simples por exemplo)

- Segundo as ICD-9-CM Official Guidelines for Coding and Reporting devem codificar-se os diagnósticos adicionais que requereram:

clinical evaluation; or therapeutic treatment; or diagnostic procedures; or extended length of hospital stay; or increased nursing care and/or monitoring
---

- **Condições prévias:**
  - o diagnósticos incluídos na folha ou relatório de alta devem ser codificados; mas condições resolvidas ou de status post realização de procedimentos que não tenham implicações no internamento actual não devem ser codificadas, a não ser que tal seja requerido por determinação do hospital;
  - o códigos de história pessoal ou familiar com impacto nos cuidados actuais ou influenciem o tratamento;
- **achados anormais:**
  - o resultados laboratoriais, radiológicos, anátomo-patológicos ou outros, não são codificados a não ser que o médico indique a sua importância clínica;
- **diagnósticos incertos:**
  - o diagnósticos “prováveis”, “suspeitos”, “questionáveis” ou ainda “por excluir” **à data de alta** codificam-se; e isto por causa dos procedimentos diagnósticos realizados, dos arranjos para estudo ou observação posterior, e da abordagem terapêutica inicial correspondem de perto ao diagnóstico estabelecido;

**16. Diagnósticos implícitos mas não explícitos (p.e. hemograma 7,2, mas sem menção específica de anemia, glicémia 300, sem menção explícita de descompensação de diabetes, CPK elevado sem referencia a rabdomiólise...)**

- O codificador não faz diagnósticos com base em resultados laboratoriais: codifica os existentes (registados, transcritos, assumidos) no processo clínico;
- O hospital poderá definir internamente normas aplicáveis, as quais deverão registar-se e evidenciar-se sempre que tal seja necessário (e.g. numa auditoria externa);
  - o por exemplo o “critério de transfusão”: se foi realizada uma transfusão sanguínea por uma hemoglobina inferior ou igual a 7 g/dl, então é assumido o diagnóstico de anemia;
  - o para a diabetes descontrolada poderão aprovar-se guidelines como as da American Diabetes Association para justificar o internamento dum doente:

- hiperglicemia associada a desidratação.
- hiperglicemia refractária persistente associada a deterioração metabólica.
- hiperglicemia em jejum recorrentemente > 300 mg/dl (> 16.7 mmol/l), refractária ao tratamento em ambulatório, ou um nível de A1C  $\geq$  100% acima do limite superior do normal.
- episódios recorrentes de hipoglicemia grave (i.e., < 50 mg/dl [< 2.8 mmol/l]) apesar de intervenção.
- instabilidade metabólica manifestada por oscilações frequentes entre hipoglicemia (< 50 mg/dl [< 2.8 mmol/l]) e hiperglicemia em jejum (> 300 mg/dl [> 16.7 mmol/l]).
- cetoacidose diabética recorrente sem infecção ou traumatismo precipitante.
- ausências repetidas da escola ou do trabalho por problemas psicossociais graves causando controlo metabólico precário que não podem ser tratados em regime ambulatório

- a regra será sempre, na dúvida, perguntar ao médico assistente;

**17. Internamento prolongado sem CCs assinaladas - por exemplo ameaça de parto prematuro, HTA gestacional lábil...**

- Trata-se duma mensagem de alerta do programa Auditor que deverá motivar uma revisão / auditoria do processo;

## 18. V65.0 Pessoa saudável acompanhando pessoa doente

- **V65.0** é um código perfeitamente válido que pode ser diagnóstico principal qualquer que seja a idade (mesmo nos recém-nascidos);
- **V20.1 Outra criança ou bebê a recebendo cuidados** só deve utilizar-se quando os cuidados (médicos ou de enfermagem) recebidos não seriam possíveis em casa (por parte da mãe ou ama);
- A situação dum recém-nascido (R/N) que fica internado porque a mãe não pode ter alta, ou que a acompanha quando esta é reinternada, pode ser enquadrada em uma das duas situações seguintes:
  - se receber cuidados médicos ou de enfermagem, é classificado com o código **V20.1 Outra criança ou bebê saudável recebendo cuidados** (no índice alfabético: **Healthy** / infant or child / accompanying sick mother);
  - se receber apenas os cuidados que receberia em casa por parte da mãe ou da ama, será classificado em **V65.0 Pessoa saudável a acompanhar pessoa doente**, (no índice alfabético: **Healthy** / infant or child / receiving care);
- a situação típica será o R/N por cesariana no hospital **cuja alta é atrasada** por motivo de complicações na mãe: o diagnóstico principal (DP) será V30.01, e V20.1 será adicional (Newborn kept in hospital because of maternal complications: *Coding Clinic* 4<sup>th</sup> Quarter 1993 pág. 36) uma vez que o R/N recebeu “medical or nursing care”;
- nos casos de **reinternamento** a questão principal será definir a existência de cuidados médicos ou de enfermagem; entender-se-ão como médicos os cuidados prestados para além dos que a criança receberia em casa, ou seja, os cuidados médicos ou de enfermagem que a mãe ou ama não poderiam prestar, ou ainda, e dito de outro modo, os “cuidados médicos” no sentido lato;
- a **V Code Table** das **ICD-9-CM Official Guidelines for Coding and Reporting** classifica V20.1 como “**1<sup>st</sup> Dx Only**” (apenas DP) embora também permita a sua utilização como adicional quando o R/N tem mais do que uma admissão no mesmo dia, ou quando houver mais do que uma razão para o seu internamento; na edição da Ingenix dos livros de ICD-9-CM V20.1 é inaceitável como DP ao contrário de V65.0 que pode ser DP.

### 19. Parto/aborto? após Cytotec (autoadministrado p.e.)

- O abortamento é classificado como espontâneo (634.), como legal (635.), como ilegal (636.) ou como não especificado (637.); o aborto legal é definido pela legislação nacional;
- Um abortamento induzido por autoadministração de Cytotec, fora do quadro legal, é um **abortamento ilegal**.

### 20. Interrupção de gravidez após 11 semanas por indicação médica (malformação p.e.)

- Um abortamento por indicação médica é abrangido pelo nosso quadro legal e assim deve ser codificado independentemente da idade gestacional;

### 21. Sobre-infecção bacteriana na criança após síndrome viral

- Deve codificar-se a virose e a infecção bacteriana; a selecção do diagnóstico principal dependerá das circunstâncias do internamento;

### 22. Cefalo-hematoma

- **céfalo-hematoma**: hematoma localizado ao periósseo de um único osso do crânio; não confundir com bossa nem com o caput succedaneum; codifica-se através de **Cephalhematoma, cephaematoma** / due to birth injury no código 767.19; é um diagnóstico adicional de traumatismo do parto e deve ser codificado;
- podem não ser considerados traumatismos do parto as seguintes situações:
  - o bossa (sero-hemática) (chignon): edema difuso ou infiltração sero-hemática, atingindo mais do que um osso do crânio; não confundir com céfalo-hematoma;
  - o caput succedaneum: edema da zona da apresentação do escalpe, habitualmente resultante da pressão contra o colo uterino durante o trabalho de parto ou o parto;
  - o cavalgamento das suturas cranianas: situação fisiológica que facilita a travessia do canal do parto;
  - o escoriações;

## 23. Hipoxémia / insuficiência respiratória / paO<sub>2</sub> baixa

**Asphyxia** is a condition of severely deficient supply of oxygen to the **body**. **Hypoxemia** is deficient oxygenation of the **blood**. Low oxygen levels can be present without asphyxiation.

Coding Clinic, Fourth Quarter 2005 Page: 90

Note that asphyxia and hypoxemia due to **hypercapnia** should be coded to 786.09, Symptoms involving respiratory system and other chest symptoms, Other

Coding Clinic, Fourth Quarter 2005 Page: 90

It is appropriate to assign code **799.02, Hypoxemia**, as an additional diagnosis when it is present with pneumonia. Hypoxemia is not inherent in pneumonia.

Coding Clinic, Second Quarter 2006 Page: 24-25

Do not assign **hypoxemia** as an additional diagnosis when it is present or associated with acute respiratory failure. Hypoxemia would be considered inherent in acute respiratory failure.

Coding Clinic, Second Quarter 2006 Page: 24-25

## 24. Insuficiência respiratória: quando deve ser diagnóstico principal

- “**insuficiência respiratória**” codifica-se com 786.09; “**insuficiência respiratória aguda**” com 518.82;
- Não se usa “falência respiratória” mas a necessidade de ventilação, mesmo não invasiva, pode traduzir “**falência respiratória**”; esta codifica-se em 518.81 (**aguda**), 518.83 (**crônica**) ou 518.84 (**crônica agudizada**);
- a insuficiência respiratória é parte integrante da DPOC: usa-se um código de combinação – 491.21 Bronquite crônica obstrutiva com exacerbação (aguda);

“**Respiratory failure** due to or associated with a respiratory condition is appropriately sequenced as the principal diagnosis when the circumstances of the admission support such a decision.” When the condition that occasions admission to the hospital is respiratory failure due to an underlying respiratory condition, the respiratory failure is assigned as the principal diagnosis, with an additional code for the underlying respiratory disease. When the failure develops after admission, it is reported as an additional diagnosis.

Coding Clinic, Second Quarter 2000 Page: 21

Ver Anexo 2

## 25. Neoplasia com invasão de vários locais no mesmo órgão (p.e. mama com invasão de mais do que um quadrante)

- Utiliza-se o quarto dígito .8: 151.8, 153.8, 174.8 ... other specified parts

## 26. Neoplasia com invasão de órgão adjacente por contiguidade

Malignant neoplasms (140-199) are tumor cells that have the property (behavior) for invasion of or attachment to adjacent structures, for spread to distant sites, for relentless growth, and for a lethal effect.

The **primary site** of a malignant neoplasm (140-195) identifies the stated or presumed site of origin. Example: Carcinoma of sigmoid colon, 153.3.

The **secondary site** of malignancy (196-198) identifies site(s) to which the primary site has spread or metastasized. Direct extension is the ability of the primary site to infiltrate and invade adjacent structures. Metastasis is the ability of the malignant cells to circulate from the primary site to a distant site and establish new centers of malignancy. There are three routes for this type of dissemination: lymphatic spread as tumor cells infiltrate local lymph vessels, hematogenous dissemination as tumor cells invade the local bloodstream (referred to as circulating cancer cells), and implants as tumor cells shed into body cavities.

Metastasis(es) often is used interchangeably with direct extension in documenting secondary malignancies in the medical record. ICD-9-CM classifies both as **secondary malignant neoplasms**.

Malignant neoplasms classifiable to categories 200-208 stated as secondary or metastatic site(s) remain within the 200-208 categories and are not coded to categories 196.0-196.9

**Coding Clinic, May-June 1985 Page: 1-5**

A lymphoma, regardless of the number of sites involved, is not considered metastatic, and should be coded to the 200-202 categories

**Coding Clinic, Second Quarter 1992 Page: 3**

## **Anexo 1**

### **Acute Fracture Versus Aftercare**

Coding Clinic, First Quarter 2007 Pages: 3-8

Effective November 15, 2006, chapter-specific guidelines were revised for coding pathological and traumatic fractures, the corresponding E codes and fracture aftercare. Key points to remember when coding pathologic and traumatic fractures are as follows:

- Newly diagnosed pathologic fractures are reported using subcategory 733.1. See Section I.C. 13.a.1 of the Official Coding and Reporting Guidelines.
- Subcategory 733.1 is used as long as the patient is receiving active treatment for the fracture. See Section I.C.13.a.1 of the Official Coding and Reporting Guidelines.
- Continue to use the acute fracture codes (800-829) while the patient is receiving active treatment for the fracture. See Section I.C. 17.b.1 of the Official Coding and Reporting Guidelines.
- Examples of active treatment are surgical treatment, emergency department encounter, evaluation and treatment by a new physician.
- External cause of injury codes (E-codes) may be assigned while the acute fracture codes are still applicable.

Aftercare codes are not assigned when treatment is directed at a current acute disease or injury. Aftercare codes, subcategories V54.0, V54.1, V54.2 and V54.8 or code V54.9, are assigned after active treatment of the fracture is completed and for routine care of the fracture during the healing or recovery phase. Examples of fracture aftercare are: cast change or removal, removal of external or internal fixation device, medication adjustment, and follow up visits following fracture treatment.

The following questions and answers are provided in response to many requests for assistance in applying the new instruction for coding traumatic and pathological fractures. The complete set of ICD-9-CM Official Guidelines for Coding and Reporting are posted on the National Center for Health Statistics (NCHS) website, [www.cdc.gov/nchs/datawh/ftpserve/ftp/cd9/icdguide06.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/datawh/ftpserve/ftp/cd9/icdguide06.pdf), and the AHA Central Office website, [www.ahacentraloffice.org](http://www.ahacentraloffice.org), and appeared in the Fourth Quarter 2006 edition of Coding Clinic

Question:

A patient is admitted to Hospital A with a severe fracture of the shaft of the femur. The physician recommends transfer of the patient to Hospital B for open reduction with internal fixation (ORIF), because no orthopedic coverage was available at Hospital A. Would the acute fracture code be reported for both Hospital A and Hospital B or would an aftercare code be assigned for Hospital B?

Answer:

For Hospital A, assign code 821.01, Fracture of other and unspecified parts of femur, shaft, as the principal diagnosis. Assign the appropriate E-code to describe the external cause of injury.

For Hospital B, assign code 821.01, Fracture of other and unspecified parts of femur, shaft, as the principal diagnosis. Since the patient received active treatment (open reduction and internal fixation) at Hospital B, it is appropriate to code the acute fracture as the principal diagnosis at Hospital B. For coding purposes, the fracture would not be considered in the healing phase until after definitive treatment has been rendered. The E-code may be assigned as long as the acute fracture code is applicable. Assign code 79.35, Open reduction of fracture with internal fixation, femur, for the ORIF.

Question:

At our hospital, we treat patients with severe traumatic fracture and soft tissue injury of the fracture site. In many instances, the physician will apply an external fixation device, discharge the patient to allow the soft tissue swelling to resolve, and readmit the patient sometime later for open reduction with internal fixation (ORIF). When the patient presents for ORIF, should the acute fracture or the aftercare code be used, due to the fact that this is a subsequent encounter?

Answer:

Because of the nature of the fracture, the physician made a clinical decision to allow the swelling to subside before treating the fracture surgically. Assign the acute fracture, as the principal diagnosis for both admissions. For coding purposes, the fracture would not be considered in the healing phase, since active treatment is ongoing.

Question:

The patient is an 80-year-old female with senile osteoporosis. She was admitted to the hospital with severe back pain without any history of trauma or acute injury. Radiological studies confirmed pathologic fracture of the lumbar vertebra and severe osteoporosis. The provider documented pathologic fracture of lumbar vertebra

secondary to senile osteoporosis. The patient underwent kyphoplasty in order to stabilize the vertebral column. What are the appropriate code assignments for this case?

Answer:

Assign code 733.13, Pathologic fracture of vertebrae, as the principal diagnosis. Code 733.01, Senile osteoporosis, should be assigned as an additional diagnosis. Assign code 81.66, Kyphoplasty, for the procedure performed. When a patient is admitted for management of a pathological fracture, which is due to osteoporosis or a metastatic neoplasm, the pathological fracture is sequenced as the principal diagnosis. This advice is consistent with that published in Coding Clinic November-December 1986, page 10.

Question:

The above patient was subsequently seen in the physician's office for treatment of her senile osteoporosis and aftercare of the pathologic fracture. The patient was advised to start a daily regimen of calcium supplements for her osteoporosis in an effort to enhance bone deposition. How should the office encounter be coded?

Answer:

Assign code 733.01, Senile osteoporosis, as the first-listed diagnosis for the office visit. Code V54.27, Aftercare for healing pathologic fracture of vertebrae, should be assigned as an additional diagnosis.

Question:

The patient was admitted for treatment of pathologic compression fracture of T-8 secondary to bone metastasis. The patient had a remote history of breast carcinoma status post mastectomy. The fracture was treated conservatively with pain meds and bed rest. How should this be coded?

Answer:

Assign code 733.13, Pathologic fracture of vertebrae, as the principal diagnosis. Code 198.5, Secondary malignant neoplasm of other specified sites, Bone and bone marrow, and code V10.3, Personal history of malignant neoplasm, Breast, should be assigned as additional diagnoses.

Question:

The patient, a 12-year-old male, presents to the physician's office with a comminuted fracture of the distal radius and ulna after falling from playground equipment. In the

office, the patient underwent closed reduction and casting. The patient was later admitted to the hospital for open reduction and internal fixation (ORIF). Several weeks following surgical treatment, the patient returned to the physician's office for x-rays and post-op examination. What are the appropriate code assignments for the initial treatment in the physician's office, the hospital admission, and office visit for aftercare?

Answer:

For the initial physician's office visit, assign code 813.44, Fracture of radius with ulna, lower end. Code E884.0, Fall from playground equipment, should be assigned to show the external cause of the injury.

For the hospital admission, assign code 813.44, Fracture of radius with ulna, lower end. Code E884.0, Fall from playground equipment, should be assigned to show the external cause of the injury. Assign code 79.32, Open reduction of fracture with internal fixation, radius and ulna, for the ORIF.

For the office visit for aftercare, assign code V54.12, Aftercare for healing traumatic fracture of lower arm.

Question:

The patient was seen in the emergency department and admitted for treatment of lumbar vertebral fracture following a fall from a ladder. The patient was stabilized, the fracture was managed conservatively, and the patient was discharged home. However, he was readmitted because of significant pain and underwent kyphoplasty. How should the readmission be coded (fracture aftercare, acute fracture, or acute pain due to trauma)?

Answer:

Assign code 805.4, Fracture of vertebral column without mention of spinal cord injury, Lumbar, closed, as the principal diagnosis for the second admission. Code E881.0, Fall from ladder, should be assigned to describe the external cause of the injury. It is appropriate to assign the acute fracture codes (800-829) as long as the patient is receiving active treatment for the fracture.

Code 338.11, Acute pain due to trauma, is not appropriate, since the related definitive diagnosis (vertebral fracture) had been confirmed by the physician.

Assign code 81.66, Kyphoplasty, for the procedure performed.

© Copyright 1984-2007, American Hospital Association ("AHA"), Chicago, Illinois. Reproduced with permission. No portion of this publication may be copied without the express, written consent of AHA.

## Anexo 2

### Respiratory Failure

Coding Clinic, First Quarter 2005 Page: 3-8

The Central Office has continued to receive numerous requests regarding the sequencing of respiratory failure. The following instruction has been developed by the Cooperating Parties to provide clarification. Some of the principles outlined below are consistent with previously published advice, and some contain revised information. Please review carefully these principles along with the accompanying examples.

Code **518.81, Acute respiratory failure**, may be assigned as a principal diagnosis when it is the condition established after study to be chiefly responsible for occasioning the admission to the hospital, and the selection is supported by the Alphabetic Index and Tabular List. However, chapter-specific coding guidelines (obstetrics, poisoning, HIV, newborn) that provide sequencing direction take precedence. Respiratory failure may be listed as a secondary diagnosis if it occurs after admission.

When a patient is admitted with respiratory failure and another acute condition (e.g., myocardial infarction, cerebrovascular accident), the principal diagnosis will not be the same in every situation. Selection of the principal diagnosis will be dependent on the circumstances of admission. If both the respiratory failure and the other acute condition are responsible for occasioning the admission to the hospital, the guideline regarding two or more diagnoses that equally meet the definition for principal diagnosis (Section II, C) may be applied in these situations.

The advice above supercedes guideline #1 and guideline #2, previously published in Coding Clinic, Second Quarter 1991, page 3. This information is consistent with advice previously published in Coding Clinic, November-December 1987; Second Quarter 1990, pages 11-12; Third Quarter 1991, page 14; First Quarter 1993, page 25; Second Quarter 2000, page 21; and First Quarter 2003, page 15.

Respiratory failure is a life-threatening condition that is always due to an underlying condition. It is usually the final pathway of a disease process, or a combination of different processes. It can arise from an abnormality in any of the components of the respiratory system, central nervous system, peripheral nervous system, respiratory muscles and chest wall muscles. Patients with acute respiratory failure require repeated assessments and close observation. The primary thrust of treatment is usually toward correction of the hypoxemia and stabilization of the ventilatory and hemodynamic status.

Example 1: A patient with **chronic myasthenia gravis** goes into acute exacerbation and develops acute respiratory failure. The patient is admitted due to the respiratory failure.

Principal diagnosis:

518.81 Acute respiratory failure

Secondary diagnosis:

358.01 Myasthenia gravis with (acute exacerbation)

Example 2: A patient with **emphysema** develops acute respiratory failure. The patient is admitted through the emergency department for treatment of the respiratory failure.

Principal diagnosis:

518.81 Acute respiratory failure

Secondary diagnosis:

492.8 Other emphysema

Example 3: A patient arrived in the hospital in acute respiratory failure. The patient was intubated and admitted to the hospital. The patient also has **congestive heart failure**. The physician documents acute respiratory failure as the reason for admission.

Principal diagnosis:

518.81 Acute respiratory failure

Secondary diagnosis:

428.0 Congestive heart failure, unspecified

In this example, the physician documented the acute respiratory failure as the reason for admission, therefore 518.81 was listed as the principal diagnosis. Selection of the principal diagnosis is governed by the circumstances of admission. If the documentation is unclear regarding whether the congestive heart failure or the acute respiratory failure was the reason for admission, coders should query the physician.

Example 4: A patient with asthma in **status asthmaticus** develops acute respiratory failure and is admitted to the hospital for treatment of the acute respiratory failure.

Principal diagnosis:

518.81 Acute respiratory failure

Secondary diagnosis:

493.91 Asthma, unspecified, with status asthmaticus

Example 5: A patient is admitted to the hospital **postpartum** as a result of developing **pulmonary embolism** leading to respiratory failure.

Principal diagnosis:

673.24 Obstetrical blood-clot embolism, postpartum condition or complication

Secondary diagnosis: 518.81 Acute respiratory failure

In this example, the obstetrical code is sequenced first because there is a chapter-specific guideline (Section I, C, 11, a, 1), which provides sequencing directions specifying that chapter 11 codes have sequencing priority over codes from other chapters.

Example 6: A patient who is diagnosed as **overdosing on crack** is admitted to the hospital with respiratory failure.

Principal diagnosis:

970.8 Poisoning by other specified central nervous system stimulant

Secondary diagnosis:

518.81 Acute respiratory failure

305.60 Nondependent abuse of drugs, Cocaine abuse, unspecified

In this example, poisoning is sequenced first because there is a chapter-specific guideline (Section I, C, 17, e, 2, d) that provides sequencing directions specifying that the poisoning code is sequenced first, followed by a code for the manifestation. The acute respiratory failure is a manifestation of the poisoning. This advice is consistent with information previously published in Coding Clinic, First Quarter 1993, page 25.

Example 7: A patient is admitted with respiratory failure due to **Pneumocystis carinii**, which is due to **AIDS**.

Principal diagnosis:

042 Human Immunodeficiency virus [HIV]

Secondary diagnosis:

518.81 Acute respiratory failure

### 136.3 Pneumocystosis

In this example, the HIV is sequenced first because there is a chapter-specific guideline (Section I, C, 1, a, 2, a) that provides sequencing directions specifying that if a patient is admitted for an HIV-related condition (in this case the *Pneumocystis carinii*), the principal diagnosis should be 042, followed by additional diagnosis codes for all reported HIV-related conditions. This advice is consistent with information previously published in Coding Clinic, First Quarter, 2003, page 15.

Example 8: A patient is admitted to the hospital with severe **Staphylococcus aureus sepsis** and acute respiratory failure.

Principal diagnosis:

038.11 *Pneumocystis carinii* *Staphylococcus aureus* septicemia

Secondary diagnosis:

995.92 Systemic inflammatory response syndrome due to infectious process with organ dysfunction

518.81 Acute respiratory failure

In this example, sepsis is sequenced first because there is an instructional note under subcategory 995.92 indicating to code first the underlying systemic infection. In addition, code 995.92 has a "use additional code" note to specify organ dysfunction and lists acute respiratory failure (518.81). This instruction would mean that respiratory failure would be a secondary diagnosis.

© Copyright 1984-2007, American Hospital Association ("AHA"), Chicago, Illinois. Reproduced with permission. No portion of this publication may be copied without the express, written consent of AHA.